

## Feuille de renseignements concernant les prélèvements d'études Génétiques Service de Rhumatologie

Investigateurs Principaux: Pr Xavier Mariette et Pr Corinne Miceli-Richard

### Identification du patient

(coller ici l'étiquette patient avec le  
NIP ou NDA)

### Hôpital / Service

Labo de Pharmacogénétique  
Faculté de médecine de Bicêtre

**PRELEVEMENT** pour extraction d'ADN (cocher l'une des 2 cases ci-dessous)

☐ Etude génétique du syndrome de Sjögren

☒ Autre projet de recherche : Démyélinisation sous anti TNF alpha.

|                                                       |                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Renseignements concernant le prélèvement</b>       | N° PATIENT : ..... Date du prélèvement : __ / __ / __<br>N° centre : .....<br>Nom Investigateur : .....                     |
| <b>Centre si prélèvement à l'extérieur de Bicêtre</b> | Nom du centre                                                                                                               |
| <b>Conditions de prélèvement</b>                      | <b>Prélèvement sur 1 tube bouchon violet (EDTA) 7 ml</b><br>(possibilité de prélever à n'importe quel moment de la journée) |
| <b>Conditions de conservation</b>                     | Conserver les tubes de sang à 4°C jusqu'à leur envoi                                                                        |

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Conditions d'envoi</b> | Faire parvenir le <u>tube de sang non centrifugé</u> avec le consentement à l'adresse suivante :<br><b>CHU 3<sup>ème</sup> étage – service de GENETIQUE MOLECULAIRE ET PHARMACOGENETIQUE CHU Bicêtre</b><br>63, rue Gabriel Péri – 94276 Le Kremlin Bicêtre (France).<br>(Tel : 01 45.24.35.87 ou 35.88 - Fax : 01 45.21.35.91)<br>Personne à contacter si question concernant les prélèvements :<br>Dr. Céline Verstuyft service de Génétique Moléculaire et Pharmacogénétique (Tel : 01.45.21.35.88/35.87) |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Date de réception des tubes en pharmacogénétique :